

# Solicitud de Exención de pago por responsabilidad compartida para Indios Americanos y Nativos de Alaska y Otras Personas que sean Elegibles para Recibir Servicios de un Proveedor de Cuidados de Salud para Indios

LO QUE DEBE SABER



## Use esta solicitud para pedir una exención de pago por responsabilidad compartida

- A partir de 2014, todas las personas deberán tener una cobertura de salud o hacer un pago cuando presenten su declaración federal de impuestos llamado "pago por responsabilidad compartida".
- Algunas personas están exentas de hacer este pago. Esta solicitud incluye 2 categorías de exención. Hay otras solicitudes para otras categorías de exención. Usted puede hacer la solicitud para otras categorías de exención cuando presente su declaración federal de impuestos. Si usted es miembro de una tribu indígena, puede pedirle esta exención al Servicio de Rentas Internas (IRS) cuando presente su declaración federal de impuestos.
- Si usted no va a presentar una declaración federal de impuestos porque sus ingresos están por debajo del límite a partir del cual tiene que declarar sus impuestos, no tiene que solicitar una exención. Si no está seguro, es aconsejable pedir una exención.



## ¿Quién puede usar esta solicitud?

- **Use esta solicitud si usted y/o alguna otra persona de su familia es:**
- **Miembro de una tribu indígena.**
- **Otra persona que sea elegible para recibir servicios de salud a través de Servicios de Salud para Indios, tribus u organizaciones tribales u organizaciones indígenas urbanas.**
- Si usted recibe esta exención, puede utilizarla en años futuros sin tener que enviar otra solicitud si su membresía o elegibilidad para recibir servicios de un proveedor de cuidados de salud indígena no cambia.
- Puede usar una sola solicitud para pedir la exención para más de una persona en su familia.



## Qué es lo que necesita para la solicitud

- Documentos que muestren membresía tribal o elegibilidad para recibir servicios a través de Servicios de Salud para Indios, un proveedor de salud tribal o un proveedor de cuidados de salud indígena urbano.
- Los números de Seguro Social (SSN) si los tiene.
- Información sobre las personas de su familia.



## ¿Por qué pedimos esta información?

Pedimos los números de seguro social y otra información para asegurarnos de que su exención se cuente cuando usted presente su declaración de impuestos. **Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley.** Para consultar la Declaración de la Ley de Privacidad, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o vea las instrucciones.



## ¿Qué sigue después?

Envíe su solicitud completada y firmada a la dirección que aparece en la página 3. Nos comunicaremos con usted dentro de 1 o 2 semanas y le diremos si necesitamos alguna otra información. Si recibe la exención, le daremos un Número de Certificado de Exención para que lo escriba en su declaración federal de impuestos. Si no nos comunicamos con usted, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llame al Centro de Ayuda del Mercado de Seguros Médicos al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**.



## Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov)
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al **1-800-318-2596**.
- **En persona:** Pueden haber asesores en su zona para ayudarlo.
- Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llame al **1-800-318-2596** para información adicional.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596**.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 1 Díganos sobre usted.

(Necesitamos un adulto de la familia que será la persona a contactar para su solicitud.)

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una.)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado [ ][ ]	6. Código Postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	7. Condado
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado [ ][ ]	12. Código Postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	13. Condado
14. Número de teléfono ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]		15. Otro número de teléfono ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. Idioma preferido hablado o escrito (si no es inglés)			

## PASO 2 Díganos sobre su familia.

### ¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Háblenos de cada persona de la familia que necesita una exención (no incluya a los dependientes que no estén solicitando esta exención para ellos mismos). Si recibe la exención, le daremos un Número de Certificado de Exención con la carta de aprobación. Guárdelo en sus archivos. Necesitará poner este número en su declaración de impuestos cuando envíe la declaración de impuestos.

### Complete el Paso 2 para cada persona de su familia, excepto para aquellos dependientes que no estén solicitando esta exención para ellos mismos.

Comience con usted, luego incluya a los otros adultos (estén o no solicitando esta exención) y a los dependientes si quiere esta exención para ellos. Haga copias adicionales de la página 2 y adjúntelas por cada persona adicional. No necesita darnos el Número de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan esta exención. Alguien que pida una exención podría ser elegible para recibir una aunque no tenga un SSN. Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley. Usaremos Información personal sólo para verificar si es elegible para una exención.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 2

Si va a incluir a más de una persona, haga copia de esta página y complétela.

Complete el Paso 2 para usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos. No rellene este paso para ningún dependiente que no esté pidiendo esta exención para ellos mismos.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		3. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
4. Número de Seguro Social (SSN) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			

**Si está solicitando una exención para usted y tiene un SSN, debe proporcionarlo. No tiene que tener un SSN para recibir esta exención. Si no está solicitando una exención para usted, el proporcionarnos su SSN puede ser de utilidad ya que esto puede acelerar el proceso de solicitud.** Usamos los SSN para cerciorarnos de que si recibe la exención, esta se aplique correctamente a sus impuestos. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame al **1-800-772-1213** o visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-325-0778**.

### 5. Díganos sobre la declaración de impuestos federal que piensa presentar.

a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos que esté solicitando una exención?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Será reclamado como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración de impuestos? \_\_\_\_\_

6. ¿Usted necesita esta exención?

**SÍ.**  **NO.** **Si la respuesta es no,** deje el resto de la página en blanco.

7. ¿Es miembro de una tribu india?

**SÍ.** Si la respuesta es sí, pase a la pregunta 9.  **NO.**

8. ¿Es elegible para recibir servicios a través de un proveedor de servicios de salud indio solamente porque está embarazada de un miembro de una tribu india?

**SÍ.** Si la respuesta es sí, ¿cuándo espera que nazca(n) su(s) bebé(s) (mm/yyyy)?

/  Y deje el resto de la página en blanco.

**NO.** Si no, deje el resto de la página en blanco.

9. ¿Puede usted recibir los servicios de un proveedor de servicios de salud para indígenas?

**SÍ.** Responda las preguntas 10 y 11.  **NO.** Deje el resto de esta página en blanco.

10. Si no ha sido elegible para recibir servicios a través de un proveedor de cuidados de salud indio (por ejemplo, cónyuge de un miembro indio americano o nativo de Alaska que es elegible para recibir servicios a través de Servicios de Salud para Indios quienes de otra forma no serían elegibles), ¿cuándo fue elegible para dichos servicios (mm/dd/aaaa)?

/  /

11. Si usted sabe que su elegibilidad para recibir servicios a través de un proveedor de cuidados de salud indio ha terminado o terminará (por ejemplo, debido a un divorcio o cumplirá 19 años y no será elegible para dichos servicios de otra manera), sírvase darnos la fecha (mm/dd/aaaa).

/  /



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 3 **Lea y firme esta solicitud.**

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal si proporciono información falsa.
- Sé que debo informarle al Mercado de Seguros Médicos si algo cambia (y es diferente) de lo que escribí en esta solicitud. Puedo llamar al 1-800-318-2596 para informar de los cambios. Entiendo que un cambio en mi información pudiera afectar la elegibilidad para un miembro(s) de mi casa.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).

### ¿Qué debo hacer si pienso que los resultados de mi solicitud están incorrectos?

Si no está de acuerdo con los resultados de su solicitud de exención, puede pedir una apelación. A continuación hay información importante que debe tener en cuenta cuando solicite una apelación:

- El Mercado de Seguros Médicos debe recibir su solicitud de apelación dentro de los 90 días siguientes a la fecha del aviso de los resultados de la solicitud.
- Usted puede pedirle a alguien que solicite o que participe en su apelación si usted quiere. Esa persona puede ser un amigo, un pariente, un abogado u otra persona. O puede solicitar y participar en su apelación usted solo.
- El resultado de una apelación puede cambiar la elegibilidad de otros miembros de su familia.

Para apelar los resultados de una solicitud de exención, llame al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**. También puede enviar un formulario de solicitud de apelación por correo o su propia carta solicitando una apelación al **Health Insurance Marketplace – Exemption Processing**, 465 Industrial Blvd., London, KY 40741.

**Firme esta solicitud.** La persona que llenó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado, podrá firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en el Apéndice A.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------	--

## PASO 4 **Envíe por correo la solicitud completada y los documentos.**

Incluya los documentos que prueben su membresía o elegibilidad tribal para recibir servicios a través de Servicios de Salud para Indios, un proveedor de cuidados de salud tribales, o un proveedor de cuidados de salud indio urbano y envíe por correo su solicitud firmada a:

**Health Insurance Marketplace – Exemption Processing**  
**465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40741**

### Declaración de Divulgación PRA

De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le exige responder a la recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1191. El tiempo que se requiere para completar esta recopilación de información se estima en promedio en 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunión de los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PARA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 5 Documentos que debe presentar con su solicitud.

Para aprobar una exención, necesitamos documentación que acredite la pertenencia a una tribu indígena o la elegibilidad para obtener los servicios de un proveedor de servicios de salud para indígenas, de cada persona que solicite la exención en esta solicitud.

Presente **copias** de los documentos (**no** los originales) correspondientes a su condición o tipo de elegibilidad descritos abajo.

### Miembro de una tribu indígena o accionista en una corporación de nativos de Alaska.

Presente **UNO** de los siguientes:

- Inscripción o documento de miembro de una tribu reconocida federalmente o por el Buró de Asuntos Indígenas (BIA por su sigla en inglés). Debe tener el logotipo de la tribu o una tarjeta de miembro que contenga el sello y/o una firma oficial, o un Certificado de grado de sangre indígena (CDIB por su sigla en inglés) emitido por el BIA o por una tribu, si el CDIB incluye información sobre la inscripción tribal.
- Un documento emitido por una aldea/tribu de nativos de Alaska, o de una corporación regional al amparo de la Ley de Resolución de Demandas de los Nativos de Alaska (ANCSA por su sigla en inglés) que lo acredite como descendiente, afiliado o accionista o que acredite su participación en los asuntos de la aldea o comunidad de nativos de Alaska. El documento también puede incluir un CDIB emitido por el BIA o tribu, si el CDIB demuestra su condición de accionista de ANCSA, o información de su condición de miembro de una aldea de nativos de Alaska.

### Otro individuo elegible para los servicios de un proveedor de la salud para indígenas.

Presente **UNO** de los siguientes:

- Si usted es un indígena de California, puede presentar un documento del Buró de Asuntos Indígenas (BIA) o de una tribu indígena que mencione una persona listada en los planes de distribución de bienes de Rancherías y reservas, localizadas en el estado de California como lo estipula la Ley del 18 de agosto de 1958; y cualquier descendiente de dicha persona; o un documento que demuestre intereses de fideicomiso de dominio público, bosque nacional o lotes para reservas localizadas en el estado de California; o un documento que demuestre que es descendiente de un indígena que vivía en California el 1 de junio de 1852, si dicho descendiente es un miembro de la comunidad indígena atendida por el Programa local de salud para indígenas; y en la comunidad donde reside el descendiente es considerado un indígena.
- Una carta con logotipo y firma oficial de un proveedor del Servicio de salud para indígenas tribal o urbano donde se indique su elegibilidad para recibir los servicios.
- Un documento tribal en el que conste que la persona es miembro, descendiente o participa en los asuntos de la tribu, o vive en una parcela libre del pago de impuestos, o que se le considera indígena. El documento debe tener el logotipo de la tribu y el sello o firma oficial.
- Buró de Asuntos Indígenas de los Estado Unidos (BIA) Formulario 4432 firmado por BIA o un funcionario tribal.
- Certificado del grado de sangre indígena (CDIB), firmado por BIA o un funcionario tribal.

### O presentar:

- Certificado de nacimiento **Y** un documento de la lista de arriba para su padre o abuelo. Si el documento corresponde al abuelo, debe presentar el certificado de nacimiento de su padre para demostrar el parentesco.
- Certificado de nacimiento o de adopción **Y** un documento de la lista de arriba para su padre o abuelo indígena elegible.
- Certificado de matrimonio, si los cónyuges que no son indígenas ahora son elegibles para recibir los servicios de un proveedor de la salud para indígenas, como grupo, por una resolución del gobierno de la tribu indígena u organización tribal, **Y** un documento de la lista de arriba para su cónyuge indígena elegible.
- Si es elegible para recibir los servicios de un proveedor de la salud para indígenas solamente por estar embarazada de un miembro de una tribu indígena o de un accionista de una corporación de nativos de Alaska, debe presentar un documento de la lista arriba para el miembro de la tribu o el accionista de la corporación.
- Si es miembro de una tribu urbana, debe presentar un documento donde se demuestre su residencia en un centro indígena urbano, como un documento de alquiler, hipoteca, factura de un servicio o tarjeta de votante, **Y** un comprobante de inscripción o tarjeta de miembro/ID u otro documento que demuestre que el individuo:
  - Es miembro de una tribu, grupo u otra población indígena organizada, incluidos aquellas no reconocidas a partir de 1940 y las que son reconocidas actualmente o lo serán en el futuro por el estado en el que reside, o si es descendiente en primer o segundo grado del dicho miembro;
  - Es un Esquimal (o Aleuta) u otro Nativo de Alaska;
  - La Secretaría del Interior lo considera indígena para cualquier propósito; o,
  - De acuerdo con las normas promulgadas por la Secretaría, se le considera indígena.

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## Asistencia para Completar esta Solicitud

### Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar en nombre suyo en relación con esta solicitud, incluyendo obtener información sobre su solicitud y firmarla a nombre suyo. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicárselo al Mercado de seguros. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Código Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Número de teléfono ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. Nombre de la organización		
9. Número de identificación (ID) <input type="text"/> <input type="text"/>		
Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo	
3. Nombre de la organización	
4. Número de identificación (ID) <input type="text"/> <input type="text"/>	5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN <input type="text"/> <input type="text"/>



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.